

Patientenanmeldung

stationär

Tagesklinik

Patient/ in:

Anmelder/ Datum:

Patientenaufkleber *oder*:
Name, Vorname:

Geb.-Datum:
Adresse:

Telefonnr. des Pat.:

Krankenkasse:

Wahlleistung:
Chefarzt:

Praxis/ Krankenhaus: ZAT

Station:

Telefon:

Im Krankenhaus seit:

Terminwunsch:

Hauptdiagnose
→

Besonderheiten:

-Adipositas: _____ kg
-Dialyse: Mo, Mi, Fr Di, Do, Sa
-Besondere Hygienemaßnahmen bei:

Defizitorientierte Nebendiagnosen (insb. **Funktionseinschränkungen** wie Dyspnoe, Gangstörung, Schmerzen, Bewegungsdefizit bei):

-MRSA-Screening durchgeführt: ja nein

-Sauerstoffbedarf: regelmäßig bei Bedarf

-Wundheilungsstörung VAC-Therapie

-ZVK Port PEG

-Antibiotika/ Chemotherapeutika/
Immunsuppressiva:

-Gesetzliche Betreuung:

-Pflegegrad: _____ beantragt

Demenz/ Delir/ kognitives Defizit

- OP-Datum:

-Bei Fraktur Vollbelastung
 Teilbelastung: _____ kg
 Entlastung: bis: _____

Behandlungsziel

→

	Selbständig	Teilweise Übernahme	Volle Übernahme
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlässt Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geht auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rücksprache erwünscht? ja nein

Telefon: